



Istituto Comprensivo Statale "ENRICO PESTALOZZI"

Modulo assenze ai sensi del D. Lgs. N 151/2001 e D.Lgs N. 80/2015 - Tutela e sostegno della maternità e paternità
Al Dirigente Scolastico

Il /la sottoscritto/a

Docente di

nelle classi

- D.S.G.A.** **Assistente Amministrativo** **Collaboratore Scolastico**
 Contratto a **tempo indeterminato**
 Contratto a **tempo determinato**

In servizio: **SCUOLA SECONDARIA** **SCUOLA PRIMARIA** **SCUOLA DELL'INFANZIA**

Plesso di:

Chiede di assentarsi per n.

giorno/i dal

al

per i seguenti motivi:

CONGEDO DI MATERNITA':

- Ai sensi dell'art.16 del D.Lgs.N.151/2001** (Astensione obbligatoria)

Allega certificato medico attestante la data presunta del parto.

- Ai sensi dell'art.17 del D.Lgs.N.151/2001** (Interdizione anticipata)

Allega certificato medico della Direzione territoriale del lavoro o della ASL.

- Ai sensi dell'art.20 del D.Lgs.N.151/2001** (Flessibilità del congedo)

Allega certificato medico specialista del S.S.N. attestante la data presunta del parto e che l'opzione esercitata non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

A norma dell'art.21 del D.Lgs.N.151/2001, sarà prodotta dichiarazione sostitutiva (ai sensi dell'art.46 D.P.R. N.445/2000) del Certificato di nascita entro 30 giorni.

CONGEDO PARENTALE:

- Ai sensi del D.Lgs N. 80 del 15/06/2015** (figlio di età 0/12 anni)

Dichiara (ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. N.445/2000) che:

il/la bambino/a

è nato/a a

il

l'altro genitore

è nato/a a

il

- non è lavoratore dipendente**

- altro**

- è lavoratore dipendente**

e che fino ad oggi il congedo parentale è stato così fruito:

GENITORE	Periodo dal	al	Mesi	Giorni

* **Far compilare dall'altro genitore**

Il sottoscritto

nato/a a

il

altro genitore del/la bambino/a

nato/a a

il

dichiara di rinunciare a favore del coniuge ai riposi ai sensi dell'art. 39 del D.Lgs. n° 151/2001 e D.Lgs n. 80/2015 per il periodo dal

al

luogo e data

Firma

- N.B. La richiesta di congedo parentale deve essere presentata con almeno 5 giorni di anticipo.**
possiede un reddito pari a 2,5 volte l'importo del trattamento minimo di pensione a carico dell'assicurazione generale obbligatoria
(per l'anno 2017 reddito provvisorio Euro 16.311,43), allego:

Allega certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato

Si riserva di presentare _____

Il dichiarante è pienamente consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75), ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Data

Firma

ANNOTAZIONI DELL'UFFICIO DI SEGRETERIA: Data di consegna <input type="text"/>	Sigla dell'assistente
amministrativo <input type="text"/>	Sigla del D.S.G.A. (soltanto per il personale ATA) <input type="text"/>

Il Dirigente Scolastico
Annarita Miotto